

Fréquence relative de l'ostéochondrite déformante juvénile de la Hanche.



THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 13 Décembre 1937

Par

Léon ENJALBERT

Pharmacien

Diplômé d'Hygiène

Né le 4 mai 1910 à Montlaur (Aveyron)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

<i>Examineurs de la thèse</i> {	MM. MASSABUAU, professeur.	{ <i>Président.</i> <i>Assesseurs.</i>
	ETIENNE, professeur.	
	COLL DE CARRERA, agrégé	
	AIMES, agrégé.	

IMPRIMERIE A. E. MACABET FRÈRES

VAISON-LA-ROMAINE (Vaucluse)

1937

**Fréquence relative
de l'ostéochondrite déformante
juvénile de la Hanche.**

Fréquence relative de l'ostéochondrite déformante juvénile de la Hanche.



THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 13 Décembre 1937

Par

Léon ENJALBERT

Pharmacien

Diplômé d'Hygiène

Né le 4 mai 1910 à Montlaur (Aveyron)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

<i>Examineurs de la thèse</i>	{	MM. MASSABUAU, professeur.	{	<i>Président.</i>
		ÉTIENNE, professeur.		<i>Assesseurs.</i>
		COLL DE CARRERA, agrégé		
		AIMES, agrégé.		

IMPRIMERIE A. E. MACABET FRÈRES
VAISON-LA-ROMAINE (Vaucluse)

1937

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique	GRYNFELT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et Matière médicale	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médic. et clin. propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	GIRAUD.
	RIMBAUD.
Clinique chirurgicale	MASSABUAU.
	RICHE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies ment. et nerv.	EUZIERE, <i>doyen</i> .
Clinique des malad. des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge	LEENHARDT.
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies ds voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique d'oto rhino-laryngologie	TERRACOL.
Radiologie	LAMARQUE.
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX.
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL.

Honorariat

Professeurs honoraires :

RODET, TÉDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, GALAVIELLE, BOSCH, VIRE, VILLARD, CABANNES.

Chargés de Cours complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. N.
Pathologie externe	AIMES.
Médecine opératoire	SOUBEIRAN ag. libre
Accouchements	COLL de CARRERA.
Clinique phthisiologique	BOUDET, prof.
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON.
Stomatologie	Dr WATON.
Matière médicale	Dr HARANT.
Ophtalmologie	DEJEAN, agrégé

Agrégés en Exercice

Médecine... MM. JANBON	Ophtalmologie... DEJEAN
BAUMEL	Chirurgie AIMES
P. RIMBAUD	MOURGUE-MOLINE
Obstétrique ... COLL DE CARRERA	GUIBAL
Bactériologie... CARRERE	ROUX

Examineurs de la Thèse

MM. MASSABUAU, Professeur-Président	MM. COLL DE CARRERA, Agrégé.
ETIENNE, Professeur.	AIMES, Agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

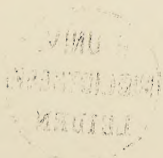


A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur MASSABUAU
Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Montpellier

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE
Professeur à la Clinique de Chirurgie
infantile et d'orthopédie

A MONSIEUR LE DOCTEUR COLL de CARRERA
Professeur agrégé à la Faculté

A MONSIEUR LE DOCTEUR AIMES
Professeur Agrégé à la Faculté





Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT - PROPOS

Au moment d'exposer ce travail, il m'est agréable d'exprimer ma reconnaissance aux Maîtres de la Faculté de Médecine, dont les conseils éclairés m'ont permis de mener à bonne fin mes études et qui m'ont fait profiter de leur expérience et de leur savoir.

Ma profonde gratitude va à Monsieur le Professeur agrégé Aimes qui, après m'avoir inspiré ce travail, en a suivi le développement avec une attention constante et un intérêt jamais démenti. Je dois la réalisation de ma thèse à la somme de travail et de constance qu'il a prodigué pendant 5 ans, au cours de ses multiples occupations professionnelles, pour réunir un lot d'observations qui sont la base de ce travail. Qu'il me permette de lui exprimer l'assurance de mon dévouement et de ma profonde reconnaissance.

Je remercie également Monsieur le Professeur Massabau pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant si aimablement de présider cette thèse ; qu'il trouve ici l'expression de mes respectueux remerciements pour le bienveillant accueil qu'il m'a toujours réservé dans son service de clinique où j'ai si souvent savouré ses leçons faites de clarté et de précision.

En acceptant de siéger à mon jury de thèse Monsieur le Professeur Etienne me donne une nouvelle marque de la sympathie qu'il m'a manifestée au cours de mes études : je lui en exprime ici ma bien vive gratitude.

Je remercie enfin vivement Monsieur le Professeur agrégé Coll de Carrera pour la bienveillance qu'il m'a si souvent témoignée. Je lui dois des conseils toujours sûrs et de nombreuses marques de sympathie dont je garderai le souvenir reconnaissant.

INTRODUCTION

L'ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse supérieure du fémur est connue depuis une trentaine d'années. Décrite en 1910 par Legg de Boston sous le nom d'une « Affection obscure » de la hanche, et par Calvé, assistant de Ménard à Berck, sous le titre : « Sur une forme particulière de pseudo-coxalgie » greffée sur des déformations caractéristiques de l'extrémité supérieures du fémur, cette affection fut étudiée en 1913 par Perthes, de Tübingen, qui lui donna le nom d'ostéochondrite.

Quoique l'affection soit rare (du moins on le croyait jusqu'ici) elle tient cependant parmi les manifestations morbides chroniques de la hanche une place qu'on ne saurait négliger, et sa rareté provient du fait qu'elle est souvent méconnue. Elle prend place à côté de tout ce qu'on intitule arthrites chroniques de la hanche et son diagnostic est à faire avec les arthrites traumatiques, les arthrites survenant au cours des maladies infectieuses (blennorrhagie, typhoïde, syphilis...) l'arthrite sèche déformante juvénile, les subluxations et luxations congénitales, l'ostéite kystique, les arthrites de nature encore indéterminée et surtout la coxalgie.

Diagnostic difficile entre tous où la clinique se montre bien souvent impuissante. Comme le dit Mouchet : « Dans l'ostéochondrite, la clinique n'est presque rien, la radiographie est tout. »

Il nous a paru intéressant de rechercher la fréquence relative de l'ostéochondrite, la place qu'elle occupe dans la nosologie des principales affections chroniques de la hanche.

Monsieur le Professeur Aimes, chirurgien chef de l'Institut Marin Saint-Pierre de Palavas, a bien voulu mettre à notre disposition tous les éléments de cette étude et nous prodiguer ses conseils. Nous l'en remercions vivement. Grâce à lui, nous avons pu rechercher systématiquement l'ostéochondrite chez de jeunes sujets qui lui étaient parvenus avec une étiquette toute différente bien souvent, en particulier celle de coxalgie. Ces recherches ont porté sur 5 années : du 1 Avril 1932 au 1 Avril 1937, avec 85 cas examinés.

Nous relaterons tous les cas qui se sont présentés à nous quel que soit le diagnostic, juste ou erroné, avec lequel ils nous sont parvenus, que ce soient des cas récents ou anciens, en évolution ou guéris, cela afin d'avoir un coup d'œil d'ensemble qui permettra d'attribuer à chaque affection la part qui lui revient dans sa fréquence.

Nous ferons un bref résumé de chacune de ces observations.

CHAPITRE I

OBSERVATIONS

COXALGIES

F. ROSE, 10 ans.

Entre le 1 avril 1932, avec légère douleur à la percussion du talon, limitation de la flexion et de l'abduction, extension normale ; la radiographie révèle un pincement articulaire avec irrégularité des contours du cotyle assez accusée. Le pourtour de la tête fémorale déformée manque de netteté. Tendance à la subluxation en haut et en dehors. Pas de tendance à l'ankylose. Au mois de novembre 1934 : pas de douleur ; ankylose coxo-fémorale en bonne attitude et bien constituée ; raccourcissement 1 cm. $\frac{1}{2}$. Atrophie de la cuisse : 8 cms. Guérison clinique de la *coxalgie*.

C. MADELEINE, 6 ans.

Entre le 2 mai 1932 pour coxalgie gauche ayant débuté en février 1932. Elle présente de vives douleurs avec attitude vi-

cieuse en flexion, abduction et rotation externe. A la radiographie, en mars 1933, on trouve les signes d'une *coxalgie gauche en pleine évolution* : destruction osseuse marquée, aspect flou de l'articulation, rupture de l'arc cervico-obturateur avec ascension appréciable du fémur dans la cavité cotyloïde. Le 8 novembre 1934 : coxalgie loin d'être à la phase de réparation ; agrandissement de la cavité, destruction à peu près complète de la tête, d'aspect flou à ce niveau et en rapport avec la présence de fongosités. La presque disparition de la tête amène une ascension très marquée du fémur.

M. ÉLISE, 15 ans.

Entre le 7 mai 1932 pour *coxalgie gauche*. L'affection a débuté il y a deux ans et a été traitée par un mois d'extension continue, puis 2 ans de plâtre (service du Professeur Étienne). En juillet 1932, la guérison clinique est obtenue avec très légère limitation des mouvements.

P. RENÉ, 12 ans.

Entre le 7 mai 1932, pour *coxalgie* ayant débuté il y a environ deux mois : attitude vicieuse en flexion et rotation interne ; en novembre 1932 : attitude vicieuse en adduction, rotation interne, léger raccourcissement. Radiographie : pincement articulaire, tête fémorale à contours un peu irréguliers et estompés (léger flou) ; pas de rupture de l'arc cervico-obturateur. Part pour Le Grau du Roi avec hanche en bonne position.

C. ABEL, 8 ans.

Père décédé de tuberculose du sacrum. Entre le 23 mai 1932, pour *coxalgie gauche* ayant débuté au mois de janvier 1932. Douleurs, ankylose en adduction légère, pas de raccourcisse-

ment, pas d'atrophie. A la radiographie : tendance à la subluxation, aucune lésion en évolution ; ankylose en voie de constitution ; hypertrophie (?) de la tête fémorale. (B. W. négatif) Octobre 1933 : guérison clinique et radiologique maintenue avec ankylose en adduction légère.

A. ALBERT, 12 ans.

Entre le 15 juillet 1932 pour *coxalgie gauche* dont le début remonte à trois ans, améliorée pendant 5 mois après 15 jours de lit. Bonne attitude, douleurs provoquées, ankylose douloureuse, atrophie légère. La radiographie montre un pincement articulaire discret dans la moitié supérieure de l'articulation ; pas de déformation appréciable de la tête ; côté droit à surveiller. En janvier 1933 : amélioration très nette ; l'ankylose s'établit ; pas de lésion au niveau de la tête ; quelques irrégularités du cotyle. Août 1933, guérison clinique maintenue.

F. JEAN, 11 ans.

Père mort de tuberculose pulmonaire. Entre le 25 juillet 1932 pour *coxalgie gauche* ayant débuté il y a 8 mois par des douleurs à la marche, gonalgie, et traitée par le repos au lit quelques mois. Il présente au niveau de la hanche des douleurs spontanées et provoquées, une attitude vicieuse en adduction et rotation interne, un raccourcissement apparent, de l'atrophie de la cuisse. Part non guéri.

R. ANDRÉ, 6 ans.

Entre le 1 octobre 1932 pour *coxalgie gauche* ayant débuté au cours de l'été 1930 par des douleurs et de la claudication ; traité par extension continue au cours d'un séjour au Grau du Roi ; ankylose en bonne attitude, pas de douleurs. Une radio-

graphie en janvier 1933 montre une ascension de la tête fémorale avec ulcération, agrandissement du cotyle, rupture du cercle cervico-obturateur ; pas de fongosités, mais pas d'ankylose osseuse, même au début. Non suivi.

R. GERMAINE, 19 ans.

Entre le 15 novembre 1932 pour *coxalgie droite* dont le début remonte à deux ans et traitée par topiques (?) qui ont amené la guérison apparente ; récédive il y a deux mois ; elle présente un membre inférieur droit en bonne attitude avec atrophie de la cuisse, douleurs spontanées et provoquées, ankylose légère, pas de raccourcissement. La radiographie ne révèle aucune lésion osseuse sauf un peu de pincement articulaire et l'ankylose de la partie inférieure de l'articulation. Après plusieurs alternatives d'améliorations et de rechutes, aggravation nouvelle ; agrandissement de la cavité cotyloïde avec ascension du fémur, flou de l'interligne articulaire en rapport probable avec la présence de fongosités, ulcérations de la tête fémorale = *coxalgie en évolution*. Traitée par arthrodèse extra-articulaire. Non suivi.

T. ANDRÉE, 11 ans.

Entre le 8 février 1933 pour *coxalgie gauche* guérie, mais souffre à nouveau à la suite d'une chute. La coxalgie qui a débuté il y a 6 ans a été traitée pendant trois ans à Banyuls par plâtres successifs ; a été opérée à l'Hôpital Suburbain en juillet 1932 : ostéotomie (attitude vicieuse en flexion et adduction). Elle présente à son entrée une fracture incomplète du tiers inférieur du fémur gauche.

R. JOSEPH, 9 ans.

Entre le 1 mars 1933 pour *coxalgie gauche* ancienne ; cette coxalgie a apparu à 5 ans et a été traitée pendant trois ans (Pro-

fesseur Nové-Josserand); l'enfant présente une ankylose en bonne attitude, raccourcissement de un cm., atrophie musculaire.

M. SIMONE, 14 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 1 avril 1933 pour *coxalgie droite*. Père mort de tuberculose pulmonaire. La maladie a débuté il y a deux mois. A son arrivée, l'enfant souffre à la palpation de l'articulation; tous les mouvements sont très douloureux, la cuisse droite est atrophiée, l'attitude est bonne, deux fistules dans la région inguinale droite: une radiographie après lipiodol du 15 juillet 1934 montre une substance opaque qui englobe l'articulation coxo-fémorale sur sa face antérieure; tête fémorale en partie détruite, cavité très agrandie; le liquide opaque fuse dans une deuxième poche au voisinage de l'articulation sacro-iliaque. Décédée le 24 septembre 1934.

B. JEANNINE, 8 ans.

Entre le 1 mai 1933 pour *coxalgie gauche* et tumeur blanche du genou droit, ayant débuté il y a deux ans et traitée depuis un an par le repos allongé. L'examen clinique et radiologique montre une ankylose en demi-flexion, adduction, rotation externe, raccourcissement et fistule; forte luxation pathologique.

B. JULIETTE, 11 ans.

Entre le 10 juin 1933 pour *coxalgie droite* dont le début remonte à février 1932. Une radiographie de juin 1933 montre des signes de coxalgie en évolution; une autre de janvier 1934, accuse par rapport à la précédente une aggravation des lésions de l'articulation coxo-fémorale droite, surtout accusée au niveau de la tête. Celle-ci a perdu sa régularité, elle est un peu

diminuée de volume, irrégulière de forme et présente à sa partie supéro-externe une pointe d'ostéite en évolution. En décembre 1933 : ankylose légère, limitation de la flexion et de l'abduction, pas de douleurs, mais radiologiquement, aggravation importante : pincement articulaire, flou de l'interligne, destruction de la tête et du cartilage diaphyso-épiphysaire, ankylose osseuse non constituée. Juin 1935 : ankylose constituée à la partie inférieure de l'articulation. Guérison clinique.

G. RENÉ, 9 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 9 novembre 1933 pour *coxalgie gauche* ayant débuté en mai 1930. Il se présente en adduction, flexion, rotation interne. L'évolution paraît arrêtée. La radiographie révèle une coxalgie de la hanche gauche avec luxation de la tête fémorale. Cette dernière très ulcérée, en grande partie détruite, avec contours inégaux, est luxée en haut et en dehors. Cavité réduite, aplatie, atrophiée. Il est à supposer d'après la forme de cette cavité que l'enfant avait une luxation congénitale et que secondairement il a fait des lésions d'ostéo-arthrite encore en évolution. Néanmoins les renseignements recueillis ne permettent pas d'affirmer une telle luxation.

C. LOUIS, 8 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 1 septembre 1933 pour *coxalgie gauche* ayant débuté il y a deux ans. Le membre inférieur gauche est en bonne attitude. La radiographie montre une coxalgie en évolution avec déformation accusée de la tête et de la cavité ; ankylose ; flou assez accusé de la branche ischio-pubienne gauche. En juin 1934 l'ankylose paraît complète, l'attitude correcte, les lésions cliniquement éteintes ; un point douloureux à la pression sur la branche ischio-pubienne. A la radiographie les lésions ne paraissent plus en activité, mais l'ankylose osseuse n'est pas encore constituée.

N. LUCIEN, 9 ans.

Entre le 15 novembre 1933 avec *coxalgie gauche* fistulisée et ostéite du pubis qui ont débuté en juillet 1927, traités par appareil plâtré. Attitude vicieuse en flexion et adduction ; nombreuses cicatrices de trajets fistuleux, quelques-uns suppurant ; pas de douleurs ; luxation pathologique. Juillet 1934 : l'ankylose complète paraît obtenue, mais les fistules donnent toujours. En juin 1936, la radiographie décèle une tête (moignon) dans les vestiges du cotyle, une ascension de 10 cm. du trochanter, un col aminci, oblique en bas et en dedans. L'ankylose est bien obtenue.

G. ALPHONSE, 4 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 1 mars 1934 pour *coxalgie droite* dont il souffre depuis mars 1933 et que l'on a traitée à Banuyls par un plâtre de juin à septembre 1933. Membre en attitude vicieuse avec flexion à 45° ; extension impossible de même que la flexion forcée ; ensellure lombaire ; pas d'empâtement ni d'abcès ; pas de point douloureux à la pression. La radiographie montre une coxalgie en pleine évolution avec destruction osseuse marquée au niveau de la cavité et de la tête ; pincement articulaire et disparition à peu près complète du cartilage diaphyso-épiphysaire. Octobre 1935 : grosse amélioration ; attitude correcte, rotation externe légère, raccourcissement : deux cms. Mai 1936 : l'ankylose complète est obtenue ; guérison clinique.

M. CHARLES, 10 ans.

Entre le 15 juin 1934 pour *coxalgie droite* datant de juin 1933 et traitée depuis août 1933 par extension et plâtres. En avril 1934 une radiographie montre une légère décalcification du sourcil cotyloïdien et une autre du 20 août 1934 : rien à la tête,

rien au cartilage diaphyso-épiphysaire, pas de pincement articulaire, irrégularité des contours du bord cotyloïdien : aspect d'ostéite. En avril 1936 la lésion paraît s'être stabilisée ; on retrouve la même irrégularité du rebord cotyloïdien.

M. SIMONE, 9 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 1 juillet 1934 pour *coxalgie droite*. En juin 1934, elle a été vue par Monsieur le Professeur Massabuau qui trouve des signes de présomption en faveur d'une coxalgie ; une radiographie montre les lésions d'une coxalgie au début, plus marquées au niveau de la cavité cotyloïde ; en effet il existe une très légère décalcification de la tête, mais par contre la déminéralisation est accusée au niveau du point épiphysaire central de la cavité.

L. ROLANDE, 16 ans.

Entre le 5 octobre 1934 pour *coxalgie droite* ayant débuté il y a un an $\frac{1}{2}$, traitée par plâtre, apparemment guérie, mais ayant récidivé. Douleurs très vives ; ni attitude vicieuse, ni abcès ; la radiographie montre tous les signes d'une coxalgie en pleine évolution avec agrandissement de la cavité cotyloïde et lésions d'ostéite du fond et de la tête. Traitée par arthrodèse extra-articulaire.

M. YVONNE, 7 ans.

Entre le 1 avril 1935 pour *coxalgie double* ayant débuté en janvier 1934. Les deux hanches sont ankylosées : la droite en mauvaise attitude : abduction, flexion, rotation externe ; la gauche en bonne attitude. La radiographie révèle à droite une ankylose osseuse constituée avec destruction partielle de la tête, agrandissement de la cavité cotyloïde ; à gauche ankylose non

encore complètement réalisée. Ici l'érosion de la portion externe de la cavité a comme conséquence une subluxation de la tête en dehors.

J. RENÉ, 12 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 2 mai 1935 pour *coxalgie gauche* datant de 6 ans. A 6 ans $\frac{1}{2}$, coxalgie gauche avec fistule guérie par une immobilisation plâtrée de deux ans $\frac{1}{2}$; rechute il y a un an $\frac{1}{2}$. Le malade arrive ankylosé en extension et adduction légère ; une fistule. La radiographie révèle une coxalgie en évolution avec destruction osseuse marquée de la tête fémorale ; cette dernière très ulcérée et très remontée est située dans une cavité agrandie ; le flou de l'interligne indique la présence de fongosités. Présence de B. K. dans les urines ; mort septembre 1935.

C. JEAN, 6 ans.

Entre le 1 septembre 1935 pour *coxalgie gauche* qui a débuté en mars 1934. Attitude vicieuse : adduction, flexion légère, raccourcissement, ascension du trochanter de 4 cms. En mars 1936 une radiographie montre un aspect de soudure : pseudarthrose ? un néo-cotyle, une tête détruite, mais un appui étendu qui devrait donner une bonne ankylose. En mars 1936, terminaison de la coxalgie par pseudarthrose extra-cotyloïdienne avec disparition à peu près complète du col fémoral et aplatissement de la cavité articulaire. Novembre 1936, ankylose complète, guérison clinique.

M. JEAN, 11 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 1 octobre 1935 pour ostéite du fémur, séquelle de coxalgie droite datant de 9 ans : flexion, adduction, rotation interne, raccourcissement ; la radiographie montre une *coxal-*

gie en pleine évolution avec atteinte importante de la cavité et de la tête fémorale, rupture de l'arc cervico-obturateur. Les lésions se propagent jusqu'au niveau du trochanter qui a subi une légère ascension mais pas de grands déplacements. Ankylose et guérison clinique avec appareillage en juin 1936.

G. LOUIS, 11 ans.

Entre le 10 octobre 1935 pour *coxalgie droite*. Mère bacillaire. La maladie a débuté en mars 1935 par de la boiterie et des douleurs dans le tibia droit. En octobre 1935, il entre en chirurgie infantile (service du Professeur Etienne). L'enfant tient son genou fléchi ; il éprouve des douleurs non dans le genou droit, mais dans le tibia droit ; attitude hanchée sur le côté gauche ; à la palpation, le tibia est indolent, le genou normal ; examen de la hanche : flexion et abduction légèrement limitées, hyperextension limitée (moins étendue qu'à gauche), rotation normale ; percussion du trochanter douloureuse. A la radiographie, destruction de la partie supérieure de la cavité cotyloïde du côté droit, décalcification des segments osseux périarticulaires. La tête fémorale conserve des contours nets et des rapports normaux = coxalgie à localisation cotyloïdienne. L'ankylose est à peu près complète sauf la flexion qui est de 20° environ, et la guérison clinique obtenue en novembre 1936.

G. CLAUDIA, 10 ans.

Père mort de tuberculose pulmonaire. Entre le 15 mai 1936 pour *coxalgie gauche* évoluant depuis un an ; fistulisée depuis un mois ; jamais traitée. A l'examen : genou droit ankylosé en légère flexion (arthrite il y a 4 ans) ; tendance à la subluxation ; hanche gauche : attitude vicieuse en adduction, rotation externe ; mouvements douloureux et impossibles ; fistule. La radiographie montre la destruction complète de la tête fémorale qui

est en arrière et en haut ; en mars 1937 le même examen montre toujours de grosses lésions destructives de la tête et de la cavité ; l'ankylose n'est constituée qu'au niveau du rebord externe de l'articulation.

L. YVONNE, 2 ans $\frac{1}{2}$.

Entre au début de mars 1936 pour *coxalgie*. Hanche tuméfiée, genou en flexion. Une radiographie en novembre 1936 révèle de grosses lésions d'ostéo-arthrite siégeant à la fois au niveau de la tête et de la cavité avec présence de séquestres. La destruction a dû certainement être très importante à la face postéro-supérieure de la cavité, réalisant la subluxation postérieure de la hanche ; en juin 1937, coxalgie en adduction et rotation interne ; grosses lésions d'ostéo-arthrites.

F. MARIE-THÉRÈSE, 14 ans.

Entre le 15 novembre 1936 pour séquelles de *coxalgie droite* qui a débuté il y a 8 ans par de la claudication ; traitée par plâtre pendant 5 ans. Examen : claudication, ankylose de la hanche droite en attitude vicieuse : adduction. L'examen radiologique montre une ankylose osseuse constituée ; les lésions ont été très importantes au niveau de la cavité ; aussi la tête a-t-elle été non seulement subluxée en dehors, mais le profil permet d'affirmer qu'il existe une luxation postérieure très accusée. La tête, dont la déformation dans cette situation est très appréciable, est soudée à la face postérieure de l'aile iliaque. La saillie marquée du petit trochanter est en rapport avec l'abduction du membre.

Ch. FRANCINE, 13 ans.

Entre le 15 décembre 1936 pour *coxalgie droite* dont le début remonte à l'âge de deux ans ; il y a deux mois, apparition d'un

abcès dans la région inguino-crurale, incision. A son arrivée on note au niveau de la cuisse droite :

1^o) Une cicatrice sur la face externe, au tiers supérieur = cicatrice opératoire.

2^o) Une cicatrice dans la région crurale = incision d'abcès récent.

3^o) Une cicatrice sur la face externe de la cuisse = incision d'abcès.

Le raccourcissement du membre inférieur droit est de 5 cms, l'atrophie très marquée. Une radiographie du mois d'avril 1937 montre une tête fémorale dont le col est réduit à l'état de moignon qui paraît soudé en trois points avec l'aile iliaque : 1^o) grand trochanter au niveau de l'épine iliaque antéro supérieure ; 2^o) col fémoral à égale distance de l'épine iliaque antéro supérieure et du bord supérieur du cotyle ; 3^o) petit trochanter soudé à cette région ; cavité complètement atrophiée. (tuberculose dans luxation congénitale?)

B. JEANNE, 16 ans.

Entre le 1er décembre 1936 pour *coxalgie* fistulisée depuis 11 ans.

V. BLANCHE, 6 ans $\frac{1}{2}$.

Tuberculose pulmonaire des 2 grands-pères, pleurésie purulente droite à 4 ans. La maladie actuelle a débuté il y a 5 mois par de la claudication et de la douleur. Le 8 septembre 1936, une radiographie montre un léger pincement de l'interligne articulaire coxo-fémoral droit et un léger degré de décalcification du squelette articulaire ; en mars 1937 apparaît un volumineux abcès de la face externe de la cuisse dont la ponction ramène 250 cc. de pus. En même temps la radiographie dénote une aggravation manifeste de la *coxalgie* : lésions d'ostéo-arthrite

avec atteinte plus marquée de la cavité cotyloïde ; 2 géodes ; décalcification presque totale du grand trochanter, mais il n'est pas possible de rattacher l'abcès à la présence de séquestres. Août 1937, nouvelle ponction ramenant un pus épais et grumeleux.

B. JOSEPH, 9 ans.

Entré à l'Hôpital Suburbain de Montpellier pour douleurs de la hanche gauche et légère boiterie datant de trois mois, traité par un rebouteux qui a travaillé demi heure sur sa hanche, l'enfant boite et souffre depuis et présente tous les signes d'une *coxalgie*. Il arrive en juillet 1936 avec grosse ensellure lombaire, sans douleur, et fistule. La radiographie montre une tête très déformée, irrégulière, une cavité cotyloïde détruite, une luxation intra-pelvienne, mais pas de lésions évolutives.

Tous ces cas nous sont parvenus avec un diagnostic exact : il est à remarquer que presque tous évoluaient depuis longtemps et que le diagnostic en était extrêmement facile. Voici trois autres cas où le diagnostic était faux ou imprécis.

I. MAURICE.

Entré pour arthrite coxo-fémorale droite de nature infectieuse. En août 1931, on aurait trouvé un membre inférieur droit en flexion, adduction, rotation interne, et radiographiquement : une large décalcification de l'hémi-bassin droit, une atrophie de la tête fémorale qui paraît détachée du col, une luxation coxo-fémorale ; on aurait incliné pour une origine infectieuse (staphylocoque). A son arrivée, en mars 1934, la radiographie nous montre une destruction à peu près complète de la tête et du col fémoral, la présence d'un séquestre au niveau de la partie supérieure de l'interligne articulaire, une luxation pathologique en haut et en dehors du col du fémur ; l'ascension et l'écartement

de la tête, en presque totalité détruite, ne peuvent faire espérer l'établissement de l'ankylose. Opéré en novembre 1934 par greffon tibial dans le col du fémur ; la *coxalgie* est cliniquement guérie en mars 1935.

T. ETIENNE, 5 ans $\frac{1}{2}$.

Entre en avril 1934 avec un diagnostic imprécis pour séquelles d'ostéomyélite, de coxalgie du membre inférieur droit. La maladie a débuté en décembre 1930 ; nous trouvons un raccourcissement de 10 cms du membre, une pseudarthrose de la hanche, de nombreuses cicatrices de fistules anciennes, dont une paratrochantérienne suppure encore. La radiographie montre des lésions éteintes avec destruction de l'extrémité supérieure de la tête fémorale et des rebords de la cavité cotyloïde ; hyperostose surtout marquée à la partie inférieure de l'articulation ; pseudarthrose. Il est à supposer qu'il s'agit d'une *ostéomyélite secondaire à une coxalgie infectée*.

P. HENRIETTE, 17 ans.

Entre le 15 octobre 1936 pour arthrite de la hanche gauche ; la maladie a débuté il y a 4 mois par claudication, douleur, impotence fonctionnelle et a été traitée pour rhumatisme et sciatique. Attitude vicieuse : flexion, forte abduction, rotation externe ; tous les signes de *coxalgie* sont positifs ; on n'aperçoit pas l'interligne articulaire ; les surfaces articulaires présentent des irrégularités manifestes.

OSTÉOCHONDRITES

Nous totalisons à présent 36 cas de coxalgie ; envisageons maintenant les cas ostéochondrite, *d'abord ceux qui nous sont parvenus avec un diagnostic juste*.

M. ALINE, 9 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 1er septembre 1935 pour *ostéochondrite* de la hanche gauche, avec subluxation des deux côtés, dont le début remonte à deux ans $\frac{1}{2}$; a été vue en août 1935 par le Professeur Guibal. Nous trouvons un raccourcissement de 1 cm. $\frac{1}{2}$ du membre inférieur gauche et la radiographie révèle une bassin oblique ovalaire ; au niveau de la hanche droite, aplatissement de la tête, rupture de l'arc cervico-obturateur, agrandissement de la cavité cotyloïde avec irrégularité du fond et ascension de la tête : il s'agit manifestement d'une subluxation congénitale avec début d'ostéochondrite ; à gauche, luxation complète de la tête fémorale avec un cotyle qui paraît complètement obturé. Un nouvel examen en décembre 1935 confirme le précédent ; toutefois pas de fragmentation du noyau épiphysaire ; donc l'ostéochondrite n'existerait plus. La tâche opaque siégeant à la face interne du noyau est d'ailleurs en faveur de la disparition de l'affection. Guérison obtenue en juillet 1936.

C. GENEVIÈVE, 14 ans.

Entre le 15 octobre 1935 pour *ostéochondrite* de la hanche gauche, ayant débuté en juin 1934. A l'examen : boiterie ; adduction et flexion de la cuisse limitées et douloureuses ; abduction libre ; toucher rectal douloureux à gauche, mais pas d'empatement. La radiographie révèle des signes d'ostéochondrite : fragmentation du noyau et zones de condensation.

T. GEORGETTE, 8 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 18 juin 1936 pour *ostéochondrite* et luxation congénitale de la hanche droite, celle-ci traitée depuis 3 ans. Nous trouvons à l'examen radiographique une cavité atrophiée, une tête nettement au-dessus de la zone claire centrale avec aplatissement très net du noyau céphalique et zones de condensation

par places = association de luxation congénitale et d'ostéochondrite.

Voici maintenant les cas d'ostéochondrite qui nous sont parvenus avec un diagnostic erroné.

P. RENÉ, 10 ans.

Entre le 16 juillet 1932 pour coxalgie gauche ayant débuté il y a trois mois par des douleurs au genou gauche ; à son arrivée le malade n'éprouve plus de douleurs ; claudication, ankylose incomplète en bonne attitude, atrophie musculaire.

La radiographie décèle un pincement articulaire de la partie inférieure de l'articulation, un aplatissement du cotyle et de la partie supérieure de la tête. Novembre 1932 : pas de signes cliniques de coxalgie ; avril 1933 image radiographique typique d'*ostéochondrite* ; guérison en août 1933.

O. PAUL, 12 ans.

Entre en juin 1933 pour coxalgie qui a débuté il y a deux mois par des douleurs de la hanche qui ont duré deux jours seulement. La radiographie montrait une déformation et une perte de substance osseuse en deux points du grand trochanter, une déformation de la tête fémorale qui est légèrement ovalisée ce qui avait fait penser à une coxalgie. L'examen clinique et radiographique fait à l'arrivée nous montre une *ostéochondrite* en évolution.

R. ANGELO, 6 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 10 août 1934 pour tumeur blanche de l'épaule gauche et coxalgie gauche ; cuisse en flexion, adduction, rotation externe ; mobilisation douloureuse, ainsi que la pression de la tête fémorale. La radiographie est en faveur d'une coxalgie au

début : pincement articulaire qui dénoterait l'atteinte du cartilage ; pas de modification osseuse. En février 1936 : diminution de l'interligne, pas de modification de la tête mais altération du contour de la cavité cotyloïde ; il existe en particulier deux petites zones de condensation mais pas de signes radiologiques vrais d'ostéochondrite = probabilité de coxalgie ; juillet 1936 : argandissement de la cavité, irrégularité des contours, mais pas de lésions évolutives : ostéochondrite à forme cotyloïdienne ? Octobre 1936 : il existe, outre l'aplatissement de la cavité cotyloïde, des zones de condensation plus accusées que lors des examens précédents ; le pincement articulaire n'a pas augmenté et l'examen ne révèle pas de lésions de la tête. Il est donc à supposer que la fragmentation avec condensation de certaines parties de la cavité (sans augmentation de diminution de l'interligne et intégrité de la tête) est en rapport avec une *ostéochondrite exclusivement localisée au cotyle* et actuellement en voie de guérison.

V. ETIENNE, 6 ans $\frac{1}{2}$.

Entre pour coxalgie gauche ayant débuté il y a trois ans ; à l'examen ni attitude vicieuse, ni déformations ; tuméfaction inguinale indolore ; pas de ganglions ; mouvements libres. Radiographie en mai 1934 : pas de signes de coxalgie ; il s'agit d'une ostéochondrite de l'extrémité fémorale gauche, actuellement en voie de réparation. Il y a certainement eu fragmentation du noyau épiphysaire ; il existe par places des îlots de condensation osseuse. Le noyau épiphysaire présente un aspect de calotte aplatie. Col fémoral épaissi, allure de coxa-vara ; cavité cotyloïde nettement aplatie, intégrité de l'interligne. Il s'agit là de modifications définitives. Juillet 1937 : récupération des mouvements de l'articulation, guérison de *l'ostéochondrite*.

B. JEAN, 10 ans.

Entre le 15 juin 1934 pour légère coxa vara. La radiographie nous montre une *ostéochondrite* typique de l'extrémité supérieure du fémur gauche, avec noyau épiphysaire aplati, fragmentaire et cavité cotyloïde aplatie.

C. MARCELLE, 12 ans.

Entre le 1er juin 1935 pour coxalgie gauche dont le début date du 15 mars 1935, qui s'est manifestée par de la claudication, des douleurs, et en particulier de la gonalgie, et qui a été traitée par le repos au lit et la chaise longue. A l'examen : aucun signe clinique de coxalgie : pas de douleurs, pas de claudication ; la radiographie n'indique aucun pincement articulaire, aucun signe de coxalgie, mais un début de fragmentation de la partie articulaire de la tête fémorale.

Il s'agit d'une *ostéochondrite au début*.

F. MARTHE, 9 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 8 juin 1936 pour séquelles de coxalgie droite qui a débuté en janvier 1935 par des douleurs de la hanche et du genou droit et de la claudication. A l'examen aucune douleur sauf à la pression de la tête fémorale ; claudication à peine perceptible ; abduction limitée et douloureuse, flexion un peu douloureuse ; ni raccourcissement, ni atrophie musculaire, ni attitude vicieuse. La radiographie montre un aplatissement du noyau épiphysaire avec fragmentation et par places des zones de condensation ; un col fémoral épaissi ; apparence de coxa-vara ; pas de pincement articulaire ; signes radiologiques *d'ostéochondrite au stade de réparation*. En mai 1936 guérison clinique et radiologique.

N. CÉLESTIN, 10 ans.

Entre le 20 février 1936 pour coxalgie droite datant de deux ans. L'examen ne révèle rien d'anormal sauf une petite atrophie musculaire de la cuisse et une limitation légère de l'adduction et de l'abduction. La radiographie permet de découvrir un point céphalique aplati avec par places des zones de condensation ; irrégularité de la zone d'accroissement ; interligne normal ; rien en faveur d'une coxalgie ; signes radiologiques *d'ostéochondrite*.

E. YVETTE, 13 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 1er septembre 1936 pour arthrite de la hanche gauche qui a débuté en juillet 1935 ; à l'âge de deux ans elle a été plâtrée pendant 6 mois pour coxa-valga bilatérale. A l'examen, les mouvements sont très limités mais non douloureux ; la radiographie du bassin et de l'articulation coxo-fémorale permet de découvrir un retard de développement de l'os iliaque gauche en rapport avec une *ostéochondrite*, un pincement de l'interligne articulaire, une ébauche d'ankylose ; l'arc cervico obturateur est nettement rompu et le col est en coxa-valga ; en novembre 1936, la malade se lève, mais elle boîte et souffre ; les mouvements de la hanche sont très limités et douloureux ; en mars 1937, marche sans béquilles, mais la cuisse est ankylosée en flexion (la malade avait été plâtrée d'octobre 1935 à mai 1936).

T. JEAN-MARIE, 14 ans.

Entre le 1er novembre 1936 pour coxalgie gauche datant de 5 mois. A l'examen : raideur et réduction des mouvements de la hanche de moitié ; légère atrophie musculaire de la cuisse. La radiographie est en faveur de l'ostéochondrite : décalcification de l'hémi-bassin gauche ; tête bien régulière, pas de pincement articulaire, cavité cotyloïde aplatie dans sa partie supérieure avec zones de décalcification alternant avec des traînées

de condensation = *ostéochondrite à forme acétabulaire*. Guérison en septembre 1937.

S. RAYMOND, 10 ans.

Entre le 1er février 1937 pour arthrite de la hanche droite datant de 5 mois. L'enfant ne souffre pas mais boite ; pas d'attitude vicieuse, ni de déformation ni de raccourcissement ; pas d'atrophie musculaire ni de limitation des mouvements sauf de la rotation externe et interne ; pas de douleurs à la pression de la tête fémorale ni à la percussion du talon ou du trochanter ; radiographiquement : tendance à l'aplatissement du noyau céphalique avec irrégularité du contour de ce dernier dans son tiers interne ; il paraît exister des zones de condensation alternant avec des zones de décalcification. Les mêmes signes sont décelables dans la portion correspondante de la cavité cotyloïde. Il s'agit d'une *ostéochondrite à localisation céphalique et acétabulaire*.

Les cas suivants nous sont parvenus sans diagnostic.

RENÉE, 7 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 1er juin 1934. Depuis plusieurs mois elle boite du membre inférieur gauche ; poussées douloureuses ; elle escamote l'appui surtout dans la descente des escaliers ; atrophie de la cuisse, abaissement du pli fessier, limitation de l'abduction, tête fémorale douloureuse ; la radiographie montre une cavité cotyloïde agrandie et à double fond irrégulier, tête fémorale peu modifiée mais présentant un aplatissement important. *Ostéochondrite en évolution*.

B. PIERRE, 11 ans.

Entre le 5 novembre 1936 pour douleurs de la hanche droite datant de plusieurs mois. L'enfant souffre seulement après fa-

tigue ; rien d'anormal par ailleurs sauf une certaine limitation de la rotation externe et de la douleur à la pression de la tête fémorale. La radiographie montre une subluxation discrète du côté droit ; le noyau n'est pas aplati mais présente par places des zones de condensation ; la partie inférieure de la tête est irrégulière de contour, aspect en V, et l'interligne comblé à ce niveau. Ce qui surprend c'est que les modifications radiologiques ne s'accompagnent pas de réactions articulaires plus accusées. Il existe bien des zones de condensation du noyau céphalique mais il n'y a ni aplatissement, ni fragmentation ; aussi *l'ostéochondrite* n'est-elle pas typique.

D. EUGÈNE, 9 ans.

Entre le 1er avril 1936. Enfant rachitique, avec thorax en carène, scoliose, caries dentaires. Subluxation de la hanche gauche le tiers externe du noyau céphalique dépasse la cavité cotyloïde atrophiée ; le noyau épiphysaire est nettement aplati surtout dans ses deux tiers internes avec fragmentation de cette portion seulement : *subluxation avec ostéochondrite*.

R. MONIQUE, 5 ans.

Entre le 1er juin 1935 pour luxation congénitale double. Claudication bilatérale très marquée ; radiographiquement : luxation congénitale double du type antérieur avec modifications importantes des cavités et des têtes fémorales ; toit fuyant surtout à droite ; fragmentation du noyau céphalique = association de *luxation congénitale et d'ostéochondrite*.

Nous obtenons un total de 18 cas d'*ostéochondrite*.

Voici maintenant dans l'ordre de fréquence avec lequel elles nous sont parvenues, les autres affections de la hanche qui peuvent prêter à confusion avec les deux précédentes.

ARTHRITES NON TUBERCULEUSES

Voici celles dont le diagnostic était juste.

B. JACQUES, 6 ans.

Entre le 1 septembre 1933 pour *arthrite légère banale* de la hanche droite qui date de 1 mois ; il boite et souffre légèrement. Part en octobre 1933.

V. MARIE-JEANNE, 14 ans.

Entre le 1 février 1934 pour *arthrite* de la hanche gauche consécutive à une fièvre typhoïde.

M. GEORGES, 10 ans $\frac{1}{2}$.

Entre pour *péri-arthrite coxo-fémorale* datant de 1 mois et arrivant à guérison.

Voici celles dont le diagnostic n'a pas été fait.

V. RAYMONDE, 14 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 15 juillet 1932 pour *coxalgie droite* qui aurait débuté en décembre 1931. La radiographie montre une articulation coxo-fémorale droite deshabitée : les antécédents permet-

tent de conclure à une hanche luxée de ce côté. Au niveau de la cavité néoformée, la tête atrophiée se présente en tampon de wagon et se continue avec la cavité sans qu'il soit possible d'isoler l'interligne. Il s'agit d'une *arthrite* dans une hanche congénitalement luxée.

C. JEAN, 13 ans.

Entre le 1 avril 1933 pour coxalgie droite qui a débuté il y a deux ans par des douleurs et de la boiterie. A l'examen, aucun signe clinique de coxalgie ; simple *arthrite* guérie par le repos.

B. AUGUSTE, 12 ans.

Entre le 10 juin 1933 pour un commencement de coxalgie gauche dont il souffre depuis 1 mois ; tous les signes cliniques et radiologiques de coxalgie sont négatifs ; il s'agit d'une *arthrite légère*.

D. MARCEL, 13 ans.

Entre le 6 juillet 1934, pour récurrence de coxalgie droite ; dans ses antécédents on retrouve : une coxalgie droite, une arthrite tuberculeuse du poignet gauche et une autre du coude gauche. Radiographiquement : décalcification appréciable au niveau des surfaces articulaires de la hanche. B. W. positif. On est en présence d'*arthropathies chroniques hérédosyphilitiques*.

C. MAURICE, 7 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 15 février 1936 pour coxalgie gauche dont le début qui date de décembre 1935 a commencé par des douleurs, de la boiterie avec décalcification et lésions du cartilage coxal. A

l'examen : pas de douleurs à la pression de la tête, du trochanter, du talon ; rotation, hyperextension normales, flexion limitée ; radiologiquement aucune image anormale. *Arthrite légère.*

C., 6 ans.

Entre le 20 septembre 1936, pour coxalgie droite dont le début a été brusque avec forte fièvre qui a cessé aussitôt l'abcès vidé ; aspect de coxalgie ; attitude vicieuse en abduction et rotation externe ; allongement apparent, atrophie musculaire, limitation de tous les mouvements, douleur à la pression de la tête fémorale ; deux mois après tous les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont normaux et parfaitement indolores ; *l'arthrite* est nettement guérie en avril 1937.

Au total : 9 arthrites.

SUBLUXATIONS

C. HUGUETTE, 8 ans.

Entre le 15 janvier 1933 pour rachitisme. Il y a, en plus, *subluxation* de la hanche gauche.

B. PAULETTE, 10 ans.

Entre le 15 juin 1934 sans diagnostic ; elle se plaint d'une douleur qu'elle localise au pubis gauche, qui n'entraîne aucune claudication, aucune limitation des mouvements de la hanche qui sont indolores ; à la pression très superficielle, cette douleur se réveille et paraît en relation avec un petit paquet de ganglions inguinaux. La radiographie montre une atrophie accusée de la cavité cotyloïde, une tête déformée aplatie en tampon de wagon = *subluxation*.

C. FERNANDE, 10 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 2 novembre 1934 pour arthrite coxo-fémorale gauche à début indéterminé et jamais traitée ; douleurs légères, claudication peu importante, abduction limitée, atrophie de la cuisse. La radiographie montre : 1°) des îlots de condensation osseuse de l'os iliaque dans la partie comprise au-dessus de la cavité. 2°) ascension manifeste de la tête. 3°) subluxation très nette de cette dernière. Par comparaison avec le côté droit où il existe aussi une subluxation discrète, il ne faut pas interpréter le pincement articulaire constaté comme un début de coxalgie. La diminution de l'interligne trouve son explication dans l'ascension de la tête et la *subluxation*.

B. MARGUERITE, 10 ans.

Entre le 9 mai 1935 pour arthrite de la hanche droite qui a débuté il y a 5 mois ; une radiographie avait montré une subluxation de la hanche droite avec léger flou de l'interligne articulaire et surtout une géode considérée comme un foyer d'ostéite. En janvier 1936, l'examen clinique et radiologique ne révèle aucun signe d'arthrite, mais seulement une *légère subluxation* existant aussi à gauche et une certaine irrégularité de la cavité et de la tête avec décalcification de sa partie externe, qui peut être le reliquat de la géode signalée.

S. SIMONE, 11 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 1 avril 1936 pour coxalgie gauche ; en juin 1935, une radiographie aurait montré une ascension de 2 cms. du fémur gauche, un pincement articulaire, une cavité cotyloïde érodée avec une tâche sombre (foyer d'ostéite) ; la tête fémorale présente peu de lésions ; on avait conclu à une coxalgie à prédominance cotyloïdienne. L'examen nous révèle une *subluxation des deux hanches* mais plus accusée à gauche ; plus du tiers externe de la

tête est en dehors de la cavité, cette dernière n'ayant plus sa forme en demi-orange et présentant un toit fuyant ; il est à retenir que la tête présente cette forme aplatie que l'on retrouve dans la luxation congénitale complète. Les signes sont beaucoup plus discrets à droite.

T. MARIE-JEANNE, 12 ans.

Entre le 14 juillet 1936 sans diagnostic ; elle souffre depuis peu de temps de la hanche droite mais boite légèrement depuis 3 ou 4 ans ; tous les mouvements sont conservés sauf l'abduction ; à l'examen radiographique : aplatissement de la tête, atrophie de la cavité cotyloïde, raccourcissement du col fémoral, réaction périostée au niveau de la partie supérieure de la cavité = *subluxation congénitale* avec lésions d'arthrite ne relevant peut-être que de la subluxation.

Ce qui nous fait un total de 6 subluxations *toutes méconnues*.

LUXATIONS CONGÉNITALES

A. Simples.

B. ALICE, 9 ans.

Entre le 1 août 1932 pour coxalgie droite qui aurait débuté il y a 6 ans à la suite d'une chute ; l'examen montre une limitation de l'abduction et un raccourcissement de 3 cms., de l'atrophie de la cuisse, pas de douleurs ; la radiographie confirme une *luxation congénitale* de la hanche droite du type postérieur.

G. ROBERT, 6 ans.

Entre pour rachitisme : déformation en parenthèse du fémur gauche, raccourcissement de 1 cm. du membre inférieur gauche,

saillie du grand trochanter ; la radiographie montre une *luxation congénitale* de la hanche gauche avec cotyle très agrandi, tête fémorale en avant de l'articulation.

B. Doubles.

B. JEANNE, 8 ans.

Entre le 15 juillet 1933 pour coxalgie gauche qui a débuté il y a 5 ans par claudication et douleurs, et n'a jamais été traitée ; la radiographie montre une *luxation des deux hanches* irréductible par orthopédie.

F. JULIETTE, 5 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 3 février 1937 pour *luxation congénitale bilatérale* des hanches, confirmée par l'examen clinique et radiologique.

Au total 2 luxations congénitales simples et 2 luxations doubles, *une seule de ces dernières parvenue avec un diagnostic exact*,

OSTEOMYELITES

Entrées avec un diagnostic exact.

M. NELEZ, 11 ans.

Entre le 25 juin 1935 pour trochantérite gauche qui a débuté il y a un mois et $\frac{1}{2}$ par des douleurs dans la hanche gauche. A l'arrivée : douleur vive au niveau du trochanter, augmentation du volume de la racine de la cuisse, présence d'un abcès, et, radiographiquement, irrégularité des contours du trochanter. Incision de l'abcès : 40 cc. de pus = *ostéomyélite*.

M. YVES, 4 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 11 janvier 1937 pour *trochantérite* droite datant de 5 mois, fistulisée, que l'examen confirme.

Ostéomyélites non diagnostiquées.

C. MARCELLE, 14 ans.

Entre pour coxalgie droite ayant débuté en décembre 1931 par une douleur brusque au niveau de la hanche droite. L'examen radiographique, révèle une spina bifida occulte de la première sacrée, mais pas de signes de coxalgie ; dans la région sous-trochantérienne il existe une réaction périostée surtout marquée sur la face externe avec irrégularité des contours et cavité centrale avec ombres rappelant la forme de petits séquestres ; une cavité du volume d'une noisette existe aussi au tiers inférieur de l'os. B. W. négatif ; *ostéomyélite diaphysaire du fémur droit* n'ayant pas évolué vers l'abcès.

G. MAURICE, 10 ans.

Entre le 15 novembre 1934 pour coxalgie gauche qui a débuté en septembre 1934 par des douleurs à la hanche ; jamais de radiographie. L'interrogatoire apprend que la maladie a débuté brusquement avec une élévation thermique qui a duré 6 jours. L'examen radiographique est peu concluant : ostéomyélite, coxalgie ? Une radiographie ultérieure ne montre pas de diminution de l'interligne mais une perte de substance à la partie moyenne de la cavité ; on peut penser à une *atteinte localisée d'ostéomyélite* en se basant sur le début brusque et la température.

B. GEORGES, 7 ans.

Entre le 2 janvier 1937 pour coxalgie droite datant de deux

ans. A l'examen : ankylose osseuse en adduction à 40°, indolore ; raccourcissement 1 cm. ; radiographiquement pas de pincement articulaire, pas de décalcification décelable ; le noyau céphalique a la forme habituelle de calotte ; petite zone d'érosion en faveur d'un *point d'ostéite très discret*.

OSTEITES KYSTIQUES

Diagnostic fait.

L. PAUL, 4 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 1 juillet 1936 pour ostéite kystique du col fémoral gauche datant de 4 mois, vu au dispensaire des Charmettes à Lyon où une radiographie a révélé une *ostéite cavitaire* avec réaction périostique du côté du petit trochanter ; cette lésion cavitaire n'est pas floue et semble déjà organisée ; l'articulation paraît indemne ; origine à déterminer. Prélèvements négatifs qui permettent d'éliminer la tuberculose soupçonnée au début ; guérison avec conservation des mouvements en février 1937.

T. SIMONE, 10 ans.

Entre le 1 septembre 1935 pour ostéite kystique qui a débuté il y a 5 ans par des douleurs dans la cuisse droite ; une radiographie faite alors a montré une *ostéite kystique* du fémur. L'examen ne révèle aucun trouble fonctionnel sauf une légère claudication après fatigue et la radiographie est négative ??

Sans diagnostic

C. GUY, 10 ans.

Entre le 12 mai 1935 pour boiterie datant de trois mois. L'examen radiographique montre une articulation coxo-fémorale

droite indemne au-dessous du cartilage diaphyso-épiphysaire ; augmentation du volume du col fémoral ; ce dernier au-dessous du cartilage diaphyso-épiphysaire et jusqu'à la ligne intertrochantérienne est creusé d'une cavité qui par endroits présente encore quelques traînées osseuses, à la partie inférieure seulement du col ; l'os présente une coque mince, mais non rompue : aspect à peu près normal au niveau de la face supérieure. Les constatations radiologiques sont en faveur d'un *kyste osseux*.

B. J. ?

Arrive avec une *ostéite polykystique* de la hanche gauche.

COXA-VARA

J. ANNE-MARIE, 3 ans.

Entre le 1 juin 1936 *sans diagnostic*. Elle paraît avoir une luxation de la hanche gauche ; claudication légère. Les examens nous amènent au diagnostic de *coxa-vara rachitique*.

COXA-VALGA

M. REMY, 5 ans.

Entre le 2 août 1936 *avec le diagnostic juste de coxa-valga bilatérale*. Examen : ascension des deux trochanters, ensellure lombaire ; à la radiographie : l'angle formé par le col et la diaphyse du fémur (des deux côtés) est voisin de 180°. Tendance à la subluxation plus marquée à gauche ; noyau céphalique plus aplati de ce côté.

CONDENSATION OSSEUSE DE LA TÊTE FÉMORALE SANS ARTHRITE ET SACRO-COXALGIE

H. JEANNE, 15 ans $\frac{1}{2}$.

Entre le 10 décembre 1936 pour arthrite de la hanche gauche qui a débuté il y a 6 mois par des douleurs et de la boiterie et a été traitée pour rhumatisme. A l'examen pas de signes d'arthrite, sauf limitation de l'adduction ; au niveau de la tête fémorale gauche petite zone de condensation ; la tête débordé légèrement la cavité ; l'examen clinique révèle une *sacro-coxalgie gauche* ; ce diagnostic est confirmé par l'examen radiographique ; en avril 1937 la petite zone de condensation de la tête fémorale n'est plus visible. Le 4 juin 1937 : greffe osseuse de la sacro-iliaque ; suites normales.

Parmi ces observations, nous comptons donc :

- 36 cas de coxalgie dont 3 non diagnostiqués.
- 18 cas d'ostéochondrite dont 15 non diagnostiqués.
- 9 cas d'arthrites non tuberculeuses dont 6 non diagnostiqués.
- 6 cas de subluxation tous méconnus.
- 4 cas de luxation, 2 simples, 2 doubles, 1 seul diagnostiqué.
- 5 cas d'ostéomyélite dont 3 non diagnostiqués.
- 4 cas d'ostéite kystique dont 2 non diagnostiqués.
- 1 cas de coxa vara méconnu.
- 1 cas de coxa valga reconnu.
- 1 cas de sacro-coxalgie méconnu.

A notre statistique nous joignons celle de B. Blankoff, parue dans le Scalpel du 7 décembre 1935, et qui ne servira qu'à confirmer la nôtre.

69 prétendues coxalgies étaient en réalité :
21 ostéochondrites.

- 6 maux de Pott.
- 5 ostéomyélites.
- 5 fractures.
- 6 luxations ou subluxations congénitales.
- 1 luxation traumatique.
- 5 paralysies infantiles des membres inférieurs.
- 4 Little.
- 3 ostéo-arthrites sacro-iliaques.
- 1 polyarthrite infectieuse.
- 3 ostéites infectieuses ;
- 2 abcès froids multiples.
- 2 coxalgies hystériques.
- 1 gomme tuberculeuse de la fesse.
- 2 adénites inguinales.
- 1 trouble de croissance.
- 1 ostéosarcome.

Il est intéressant également de signaler une observation de R. W. Butler parue dans le Brit. Med. Jour. : l'auteur a suivi 96 enfants souffrant de la hanche et qui ne présentaient primitivement aucun signe radiologique : 50 d'entre eux se révélèrent par la suite être atteints de coxalgie ; 34 présentaient une arthrite transitoire et les radiographies demeurèrent négatives ; 7 de ces arthrites transitoires résultaient d'une réaction articulaire à une infection osseuse voisine de l'articulation.

CHAPITRE II

De cette série d'observations nous devons tirer un enseignement qui pourra peut-être nous surprendre mais qui devra nous inciter à la prudence quand nous aurons à trancher un diagnostic de ce genre : c'est le grand nombre d'erreurs commises en matière de diagnostic des affections chroniques de la hanche.

Si les coxalgies paraissent assez facilement reconnues, il est à noter que la plupart du temps ce sont des cas qui évoluent depuis longtemps, des cas dont le diagnostic est évident.

D'ailleurs, il existe une tendance naturelle à incriminer toujours la coxalgie même au début ; le fait est frappant pour nos cas d'ostéochondrite ; on redoute à juste titre d'ailleurs la tuberculose et on pense au pire en premier lieu.

Nous ne parlerons pas des quelques cas parvenus avec un diagnostic de fortune : douleurs de croissance, rhumatisme, etc., auxquels on n'arrivera que par exclusion.

En matière de tuberculose osseuse surtout, les diagnostics sont difficiles, délicats et souvent le doute persiste, malgré des examens fouillés et répétés.

Un deuxième point doit attirer notre attention : la fréquence des affections non tuberculeuses de la hanche ; nous en avons 49 cas à opposer à 36 cas de coxalgie recueillis en 5 ans, soit environ 60 %. Parmi eux une affection surtout est intéressante tant par sa fréquence que par ses analogies cliniques et surtout son pronostic différent avec la coxalgie : il s'agit de l'ostéochondrite que nous avons vu si souvent méconnue.

Depuis qu'on la diagnostique mieux, la coxalgie a vu son pronostic singulièrement s'assombrir, parce qu'un examen attentif

permet d'éliminer des statistiques de nombreuses affections bénignes.

Il y a un intérêt au point de vue thérapeutique et au point de vue pronostic, et même social, à bien discerner ces affections ; nous allons dans les pages suivantes essayer de donner les éléments fondamentaux et primordiaux du diagnostic différentiel.

Rappelons à nouveau la nécessité absolue où l'on est de pratiquer des examens cliniques et radiographiques sans cesse renouvelés : la radiographie ne permet pas toujours d'affirmer l'ostéochondrite au début alors qu'un nouvel examen pratiqué après une période indispensable d'observation, le malade étant soumis, bien entendu, au repos absolu, pourra confirmer le diagnostic. Par contre un premier examen montre parfois des lésions qui peuvent simuler l'ostéochondrite, la coxalgie, etc... tandis qu'une nouvelle radiographie apportera ultérieurement les images caractéristiques d'une autre affection.

En présence d'une affection chronique de la hanche, il faut :

1^o) **penser aux erreurs habituelles.**

a) ostéochondrite, coxalgie, etc... prises pour une *tumeur blanche du genou* à cause de l'irradiation des douleurs de la hanche vers le genou. L'examen clinique montre l'intégrité du genou et la limitation des mouvements de la hanche.

b) *rhumatisme* ; diagnostic de facilité ; se défier d'un rhumatisme monoarticulaire qui dure.

c) *douleurs de croissance* : elles existent, mais ce diagnostic doit être un diagnostic d'exclusion pour ne pas passer à côté d'une coxalgie, d'une ostéomyélite. L'examen doit être minutieux et porter sur les points suivants : le sujet souffre de plusieurs cartilages de conjugaison, ces douleurs sont souvent calmées par le repos, l'attitude vicieuse fait défaut. Si les douleurs

persistent après une période suffisante d'observation, si elles restent bien localisées à une seule articulation, il faut se défier.

2^o) éliminer les lésions de voisinage.

a) la *sciatique* est reconnue à ses points douloureux classiques, au signe de Lasègue, à la liberté des mouvements de la hanche, à l'absence de douleurs à la pression sur la tête fémorale.

b) dans la *psoïtis* il y a de la fièvre ; la cuisse est fléchie, la douleur siège dans la fosse iliaque interne qui est parfois empâtée.

c) à droite, l'*appendicite* simule la coxalgie.

d) dans la *sacro-coxalgie* le siège de la douleur à la pression, la liberté des mouvements de la hanche, éviteront une erreur trop fréquemment commise.

e) un examen attentif permettra également de reconnaître aisément les *ostéites du voisinage* ; la palpation révèle le siège exact de la douleur dans l'ostéite tuberculeuse du pubis, dans la trochantérite. Mais celle-ci est plus difficile à distinguer parce qu'elle s'accompagne parfois d'un retentissement articulaire.

f) le *sarcome* hypertrophie l'os, ses douleurs ne sont pas calmées par le repos, il respecte les mouvements articulaires.

3^o) l'articulation est atteinte : quelle est la nature de l'affection ?

a) *arthrites des maladies infectieuses*. Les commémoratifs permettent de reconnaître leur origine ; elles surviennent surtout

au déclin des fièvres éruptives (scarlatine, rougeole) des maladies à pneumocoques, des amygdalites, de la typhoïde ; leur évolution est rapide et il convient d'y penser au cours de ces maladies pour éviter la luxation de la hanche.

b) *arthrite gonococcique*. Elle se reconnaît à sa symptomatologie plus bruyante. Chez l'enfant où il ne faut pas la confondre en particulier avec la luxation congénitale, le contrôle radiologique doit être mis au premier plan. A un premier degré il y a une décalcification plus ou moins accentuée et localisée sur la tête, le col, le cotyle. Un peu plus tard, fonte du cartilage se traduisant par la disparition de l'espace clair puis petite ulcération en coup d'ongle, en encoche, sur la tête ou sur le rebord cotyloïdien. Dans les formes graves, outre la décalcification intense et étendue apparaît très vite l'ulcération compressive : pincement articulaire net, disparition totale de l'interligne, limites osseuses confondues, imprécises, irrégulières ; hâchures, effritement du toit cotyloïdien pressé par la tête fémorale, puis disparition de ce sourcil, destruction de la tête prenant l'aspect de sucre en train de fondre. A un degré de plus l'acétabulum est agrandi, deshauté à sa partie inférieure ; la tête est ou coupée par le rebord du sourcil ou détruite, ou encore aplatie, modelée comme une cire sur la cavité cotyloïde, ou enfin coulée le long du col. D'autre part la tête peut s'échapper complètement du condyle effondré et se loger dans la fosse iliaque externe ; elle peut remonter de 4 à 5 cms... Dans les formes légères, simples arthralgies, les rayons ou ne montrent rien ou permettent de constater une légère décalcification. (Pratique Médicale Française, avril 1930, Marthe Lamy).

c) *ostéomyélite*. Elle se reconnaît à sa symptomatologie bruyante mais elle est difficile à dépister dans ses formes atténuées : douleurs profondes, abcès.

d) *l'arthrite syphilitique*. Il faut s'attacher à la dépister par la recherche des stigmates, par la présence d'autres lésions de

même nature, par l'étude des antécédents, les réactions sérologiques, et le traitement d'épreuve.

e) dans la *coxa-vara* la tête non douloureuse à la pression est en place alors que le grand trochanter est au-dessus de la ligne de Nélaton ; le raccourcissement est réel, le pli fessier est abaissé. Le membre est en adduction et rotation externe ; l'attitude en flexion de la cuisse fait défaut ainsi que l'ensellure lombaire ; la flexion complète est possible. La radiographie confirme facilement le diagnostic.

f) il faut penser également aux *lésions traumatiques* : arthrites traumatiques, fracture du col ou du cotyle souvent méconnues ; rechercher ces lésions par la radiographie avant de porter le diagnostic de contusion profonde de la hanche.

g) dans l'*arthrite déformante juvénile* la radiographie montre une atteinte du cartilage articulaire : cotyle élargi, ostéophytes.

h) *ostéite kystique* : seule la radiographie peut la déceler.

i) la *coxalgie hystérique*, rare, s'observe chez des sujets du sexe féminin ; la variabilité des symptômes attire immédiatement l'attention ; discordance de l'apparition brutale et de la disparition subite, rechutes brusques, signes de coxalgie avancée au début de l'affection, douleurs superficielles réveillées par le simple pincement de la peau (hyperesthésie cutanée), absence d'atrophie musculaire, d'adénopathie, etc... Mais on observe des coxalgies chez des hystériques ; il ne faut pas les méconnaître malgré l'exagération manifeste des symptômes (contractures).

j) les *subluxations et luxations*. La radiographie confirme facilement en général le diagnostic. Pour Calot les caractères pathognomoniques des subluxations congénitales, parmi les coxo-

pathies chroniques, sont les suivants : tête hypertrophiée, déformée, extériorisée en partie ; col court, trapu, en antéverson. A ces 6 caractères il faut ajouter comme signes inconstants la bilatéralité des lésions et les irrégularités de densité de la tête ainsi que du col. Enfin le cotyle à double fond, constant en pareil cas, et le cotyle à auvent, très fréquent mais non constant, ainsi que les malformations de la tête, sont encore des signes de congénitalité.

Que penser, puisque nous sommes aux subluxations, des rapports qu'elles pourraient avoir avec les ostéochondrites ? sont-elles deux affections distinctes ou non ?

Voici les conclusions de Calot dans le « Bul. et Mém. de l'Acad. de Méd. de Paris, N° 17 » :

1) ce qu'on a appelé coxa-plana est en réalité un des aspects radiographiques de la dystrophie d'origine médullaire ou cérébrale qui donne la luxation congénitale ou nette ou simplement amorcée.

2) on ne trouve l'aspect radiographique de coxa-plana que dans les hanches atteintes de cette dystrophie.

3°) inversement dans toutes les hanches présentant à des degrés divers cette malformation on peut voir survenir l'aspect de coxa-plana. On l'observe dans les luxations congénitales réduites, dans les subluxations ou amorces de subluxations, dans les luxations non réduites.

4) dans tous les cas présentant l'aspect de coxa-plana la radiographie et l'examen clinique minutieux permettent de retrouver, du sacrum aux orteils, sur le squelette et les parties molles, les caractères de la même dystrophie que dans la luxation congénitale.

5) l'aspect change et l'assemblage souvent si paradoxal des lésions articulaires, l'irrégularité de répartition de la chaux, cas de décalcification et recalcification partielles ou totales, s'expliquent seulement par la connaissance de cette dystrophie.

6) la logique voudrait que les traités classiques décrivent les luxations congénitales et malformations de la même espèce à

côté des arthropaties du tabès et de la syringomyélie avec lesquelles elles présentent tant d'analogies.

7) la nature intime de cette dystrophie très spéciale est inconnue.

Voici l'opinion de M. Chassard (Lyon) : « la subluxation d'une part et d'autre part les anomalies de la forme du cotyle telles que la brièveté et le redressement du toit, l'épaississement du fond ne sont pas la règle dans l'ostéochondrite. L'inconstance même de ces signes empêche de considérer l'ostéochondrite comme une coxopathie déformante des subluxés ou des malformés congénitaux. Ces anomalies elles-mêmes, quand elles existent, pouvant se développer ou varier au cours de la maladie, ne présentent pas toujours la fixité des malformations congénitales. Elles semblent plutôt dans d'assez nombreux cas, correspondre à des lésions acquises et être le résultat de l'altération osseuse qui cause l'ostéochondrite ».

Il semble *qu'on doit faire une distinction nette entre la subluxation et l'ostéochondrite* (ou la coxa-plana qui est son aboutissant final).

k) *la coxalgie*. Il est facile de faire le diagnostic d'une coxalgie quand tout le cortège symptomatique s'est largement développé. Mais à ce moment la maladie est en évolution depuis longtemps, elle commande des décisions graves telle que l'immobilisation pendant une période de temps indéterminée. La coxalgie ayant un début des plus silencieux, il importe au plus haut point d'en dépister les premières manifestations dès leur apparition, ce qui n'est pas toujours facile en raison de leur peu de gravité apparente et de la profondeur de l'articulation qui en rend l'exploration difficile. Le plus souvent l'attention est attirée par des troubles de la marche : la claudication apparaît après la fatigue, l'enfant traîne la jambe, se plaint de gêne dans la hanche ou d'une douleur au genou, parfois au pied ; la douleur disparaît après le repos ; pendant le sommeil les mouvements involontaires peuvent provoquer le cri nyctural de Ménard ; parfois un peu de

pâleur et de l'amaigrissement. A ce moment, il faut examiner l'enfant complètement déshabillé, le faire marcher et voir d'où vient la claudication : hanche, genou, ou pied ; on pourra éliminer la luxation congénitale, la paralysie infantile, la maladie de Little, etc... Cela fait on passera à l'examen direct de l'articulation coxo-fémorale. L'enfant étant couché bien à plat sur un lit assez dur, on lui fera préciser l'endroit où il souffre et on fera l'examen sérieux de tout le membre, se défiant des fausses localisations de la douleur, de la gonalgie tout particulièrement, signe avant-coureur fréquent de la coxalgie. On recherchera l'atrophie et l'hypotonie musculaire du côté supposé malade ; on trouvera quelques ganglions, de la micro-polyadénie dans la région du triangle de Scarpa ; un phénomène capital et dont la constatation peut emporter le diagnostic consiste dans une douleur provoquée par la pression du doigt au niveau des surfaces articulaires et du sourcil cotyloïdien, douleur fixe, toujours la même, en un point précis et qui n'existe pas du côté opposé ; un autre symptôme de grande valeur quand il est constant c'est la douleur à la percussion du grand trochanter ; on peut également rechercher la douleur à la pression de la tête fémorale à travers les muscles fessiers après flexion de la cuisse ; la percussion du talon, la jambe étendue, réveille aussi, souvent, la douleur dans la hanche.

Les modifications des mouvements sont un signe précieux dès le début de la coxalgie ; l'enfant tend à immobiliser l'articulation malade en légère flexion-abduction : c'est chez lui un acte de défense ; cette contracture musculaire n'est pas toujours apparente. Lannelongue conseillait la manœuvre suivante : l'enfant est couché nu, en état de résolution complète, les membres très symétriques, légèrement écartés l'un de l'autre. On applique la main sur la face antérieure de la cuisse du côté que l'on croit sain et on essaie de faire rouler les deux membres l'un après l'autre : on ne tarde pas à s'apercevoir que du côté malade il y a plus de résistance, moins de liberté et que l'élan donné s'arrête plus vite. Si on fléchit la cuisse sur le bassin, la contraction de

défense apparaît, la cuisse et le bassin s'immobilisent ensemble et basculent à la fois ; si on fléchit les deux cuisses l'une arrête son mouvement avant l'autre.

Mayet conseille également la manœuvre suivante : pendant que la cuisse est en demi-flexion sur le bassin, une main empoigne mollement l'articulation en passant derrière le grand trochanter, l'autre saisit en plein le genou et lui imprime doucement les mouvements de rotation, mouvements qui peuvent être parfois très étendus ; en répétant ces mouvements des deux côtés, on ne tarde pas à constater que ces mouvements sont moins libres et moins faciles du côté malade. On complètera l'examen par l'étude de la contracture musculaire dans la flexion et l'adduction par l'épreuve de Mayet (*Journal du Patricien*) : immobiliser d'abord l'épine iliaque du côté opposé afin que le bassin reste bien d'aplomb et commencer par étudier le côté sain. Le bassin est donc maintenu, les deux talons sont en contact dans le prolongement de la ligne médiane du corps ; on relève ensemble les deux caisses, les jambes restant fléchies et accolées, puis lorsqu'on est parvenu à peu près à la verticalité des cuisses, les talons restant toujours en contact, on écarte doucement et symétriquement les genoux pour atteindre une adduction qu'on pousse lentement aussi loin que possible. Lorsqu'un certain degré de contracture apparaît, on voit le côté sain s'abaisser jusqu'à toucher le lit tandis que le côté malade reste en l'air. Cette épreuve doit être répétée plusieurs fois pour avoir toute sa valeur à cause de l'indocilité des enfants.

Dans quelques cas de coxalgie à début postérieur la douleur se produit dans l'extension forcée de la cuisse ; on met l'enfant à plat ventre et on soulève alternativement les deux jambes dans l'extension.

La limitation des mouvements n'est pas un signe pathognomonique de coxalgie. On peut la confondre avec la sacro-coxalgie mais la douleur siège dans la région sacro-iliaque ; avec la coxa vara, mais il y a rarement de l'atrophie musculaire, le raccourcissement est réel, l'attitude vicieuse existe dès le début ; les

rhumatismes, les arthrites de la hanche sont assez fréquents ; l'ostéomyélite du pubis, le psoïtis, le syndrome coxalgique de l'appendicite, etc... devront être éliminés ; on aura enfin recours à l'épreuve d'attente avec repos au lit. Nous verrons plus loin le cas de l'ostéochondrite.

Parfois le diagnostic est encore plus difficile. M. Kirmisson (Bull. de l'Acad. de Méd. 18-7-10), a rencontré des cas dans lesquels la coxalgie a évolué le membre restant dans l'extension associée à l'adduction, des cas même où toute attitude vicieuse faisait défaut, chez lesquels tous les symptômes étaient tellement atténués qu'on pouvait mettre en doute le diagnostic de coxalgie. Tels sont ces malades qui pendant de longues années ne présentent pour tous symptômes qu'un peu de douleur et de limitation des mouvements de la hanche sans trace d'attitude vicieuse. Une telle bénignité peut faire mettre en doute la nature tuberculeuse de la lésion, mais parfois la maladie changeant brusquement d'allure donne naissance à des symptômes qui ne sauraient plus laisser place au doute. La radiographie est d'un grand secours pour le diagnostic de ces cas atténués qu'il importe de différencier de la coxa-vara et du nervosisme.

Classiquement, 4 signes radiographiques de coxalgie sont à retenir : le flou ostéoarticulaire, le pincement articulaire, la rupture du cintre cervico-obturateur, l'atrophie diaphysaire. En réalité, dans le diagnostic de début de la coxalgie, la radiographie nous mettra en présence de trois alternatives :

1^o) Elle nous permettra d'éviter quelques erreurs grossières. Dans ce groupe d'erreurs rentrent toutes les malformations congénitales telles que les subluxations congénitales et acquises telles que les coxa-vara ou ces lésions spéciales que sont les ostéochondrites.

2^o) Il y aura des erreurs plus difficiles à éviter. En effet les phénomènes incessants de raréfaction ou de condensation osseuses appartiennent à toutes les ostéites et la déminéralisation, la décalcification ne sont pas spécifiques de la tuberculose ; l'amin-
cissement, la diminution de l'espace articulaire a plus de valeur

mais n'est pas pathognomonique : il peut n'être que la traduction radiographique d'exsudats sous-chondraux. On devra porter simplement un diagnostic de présomption et attendre du temps la réponse définitive.

3^o) Il est des erreurs qu'il est impossible de ne pas commettre. A des signes cliniques de réaction articulaire s'oppose un silence radiographique total ; on se heurte à cette classe d'arthrites dont l'expérience a prouvé pour la hanche que 50 % pouvaient être tuberculeuses et 50 % d'autre nature.

Le diagnostic devra aussi s'appuyer sur le laboratoire qui pourra donner une réponse certaine en présence d'un exsudat ; sinon les renseignements fournis (cuti-réaction, biopsie) sont beaucoup moins probants.

1) *l'ostéochondrite*. Nous avons vu qu'elle arrivait en second lieu par ordre de fréquence, immédiatement après la coxalgie et qu'à l'inverse de celle-ci elle n'était à peu près jamais diagnostiquée et qu'on la confondait généralement avec elle au début du moins.

L'interrogatoire révèle souvent que les douleurs ont fait leur apparition depuis longtemps ; parfois ces douleurs sont intermittentes et le sujet reste pendant des jours ou des semaines sans souffrir. Avec des douleurs remontant à de longs mois, on ne constate que des signes de coxarthrie : une très légère boiterie, une limitation insignifiante des mouvements, un peu d'atrophie ; il n'y a ni flexion, ni rotation externe, sauf lorsque la contracture musculaire entraîne une attitude en flexion avec adduction ; la flexion est possible, l'adduction est limitée ; ce sont ces cas qui étaient confondus autrefois avec les formes frustes de coxalgie. L'ostéochondrite diffère cliniquement de la coxalgie surtout par les signes suivants : pas de spasme au début, pas de douleurs spontanées, pas d'antécédents personnels, héréditaires, ou familiaux ; guérison pour ainsi dire spontanée sans ankylose ou limitation des mouvements ; pronostic bon.

L'étude radiographique montre que l'évolution de la maladie

suit certaines lois déterminées si elle n'est pas troublée par des facteurs secondaires. La plupart des modifications anormales de l'épiphyse de la tête fémorale qui se traduisent radiologiquement par des plages plus claires dans la spongieuse ne sont pas à considérer comme des lésions primitives mais secondaires à des processus de réorganisation du tissu sain consécutifs à la nécrose aseptique de la tête fémorale. La régénération du noyau épiphysaire part des bords épiphysaires c'est-à-dire du périoste du col : elle se traduit donc par une zone plus claire au niveau des pôles épiphysaires. Ultérieurement il se forme de l'os normal au niveau des bords épiphysaires sous forme de petits foyers qui remplacent en partie le noyau épiphysaire nécrosé. Ces foyers néoformés se confondent pour former finalement un nouveau noyau qui ne se distingue en rien du noyau normal, sauf la forme définitive de la tête qui dépend grandement de la durée d'évolution de la maladie et de la précocité du traitement.

La radiographie montre :

Une tête fémorale aplatie, en forme de calotte, de palette, de croissant. Le noyau épiphysaire est fragmenté, divisé en 2 ou 3 noyaux et plus, d'inégal volume, avec des zones claires, comme décalcifiées, au milieu de zones sombres ; ce dernier signe est caractéristique.

Un cartilage épiphysaire irrégulier, dentelé, sans limites nettes.

Un col fémoral tacheté, tigré, court, trapu, finissant par s'incliner parfois en coxa-vara.

Un interligne articulaire paraissant agrandi.

Une cavité cotyloïde que l'on croyait autrefois indemne et qui, le plus souvent, est irrégulière, hérissée d'aspérités.

L'aspect radiologique de la tête fémorale et du col est un des éléments les plus importants du diagnostic ; mais il faut que les radiographies soient prises en position dorsale directe et dans des positions exactement symétriques.

Aucun signe radiologique ne permet de distinguer à lui seul et avec certitude l'ostéochondrite de la coxalgie avant l'apparition de la fragmentation et de l'étalement du noyau épiphysaire ; en

faveur de l'ostéochondrite on trouve : la condensation du noyau épiphysaire, son aplatissement, son atrophie et l'élargissement régulier de l'espace articulaire. En dehors des cas de lésions destructives bien nettes ou de foyers limités, les signes radiologiques de la coxalgie sont beaucoup moins bien caractérisés.

CONCLUSIONS

Il n'est pas toujours facile de diagnostiquer exactement la nature des affections de la hanche ; elles se simulent fréquemment surtout au début ; le cas est frappant pour la coxalgie et l'ostéochondrite ; aussi avons nous insisté sur leur diagnostic différentiel, car pronostic et traitement sont essentiellement différents.

Il est intéressant de constater que nous trouvons 18 cas d'ostéochondrite de la hanche pour 36 cas de coxalgie. Les examens radiographiques systématiques montreront que cette affection est relativement fréquente et éviteront d'immobiliser pendant plusieurs années des malades qui peuvent guérir à moins de frais.

Certes, il est capital de faire le diagnostic précoce de la coxalgie et c'est toujours à elle qu'il faut penser lorsqu'on se trouve en présence d'une affection chronique de la hanche, mais il faut tout de même tenir compte du nombre important des affections non tuberculeuses de la hanche puisque nous en trouvons 49 cas contre 36 coxalgies.

En présence d'une arthrite chronique de la hanche, l'interrogatoire doit être serré, l'examen complet et soigneux, les examens radiographiques répétés, et, dans les cas douteux, le sujet doit être mis en observation au repos absolu. Même avec une attentive recherche le diagnostic peut être très difficile car il existe certaines arthrites dont l'origine est délicate à déterminer.

Enfin le pronostic de la coxalgie est plus grave qu'on ne le dit communément, car si l'on enlève des statistiques, toutes les fausses coxalgies qui sont souvent des affections bénignes, les pourcentages favorables sont moins brillants.

BIBLIOGRAPHIE

Aimes (A.). Fréquence relative de la coxalgie dans les affections chroniques de la hanche. *Revue Médic. de France.* Juillet 1936.

Blankoff (B.). De quelques erreurs de diagnostic en matière de tuberculose osseuse (*Scalpel*, 7 Décembre 1935).

Brenot (E.). (Paris) *Paris Médical*, n° 4, 27 Janvier 1923.

Butler (R. W.). (Londres). Les arthrites transitoires de l'articulation coxo-fémorale dans l'enfance. (*Brit. Méd. Journ.*, n° 3778, Juin 1933).

Calot. Sur le diagnostic des arthrites chroniques de la hanche par la forme de la tête fémorale et du col. (*Bull. de l'Acad. de Méd.* 1926).

Calvé Jacques. La tuberculose ostéo-articulaire, (*chez Masson et Cie*).

Chassard. (Lyon) Lésions acétabulaires de l'ostéochondrite de la hanche (*Revue d'orthopédie*, décembre 1925).

Freud Ernest. L'interprétation de l'image radiologique de la maladie de Perthes (*Fortschr. a. d. Geb. de Röntgenstr. Bd. X. L. II. Hft. 4*).

Irman (E.). Les lésions radiologiques précoces de la coxalgie et de l'ostéochondrite de la hanche (*Revue d'orthopédie*, septembre 1928).

Kirmisson. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 18 juillet 1910.

Lamy Marthe. Symptômes et forme clinique de la coxite gonococcique. (*Pratique Méd. Française.* Avril 1930).

Laquerrière et Roederer (Paris). A propos des malformations de la hanche. (*Bullet. de la Soc. de Radio. Méd.*, mars 1927, n° 137).

Mouchet (A.). Ostéochondrite de la hanche. (*Pratique Médico-chirurgicale*, tome VI, 1931).

Roy (G. Giles). (Boston). *Journ. of Radiol. Ornaha. III*, n° 7, juillet 1922.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour j'ai lu la Thèse ayant pour
tire :

Fréquence relative de l'ostéochon-
drite déformante juvénile de la
hanche.

par LÉON ENJALBERT

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression,

Montpellier, le 30 Octobre 1937

Le Professeur,

MASSABUAU.

Vu :

Montpellier, le 30 Octobre 1937.

Le Doyen,

EUZIÈRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER ;

Montpellier, le 30 Octobre 1937

Le Recteur,

PARISELLE.

